

問 診 票

記入日 令和5年 月 日

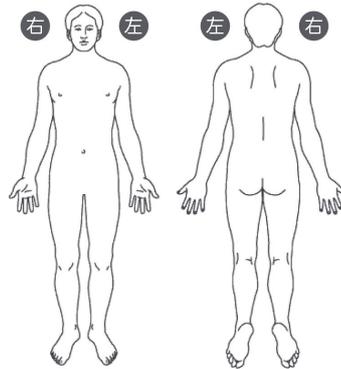
ふりがな			生年月日
お名前	男 女	昭・平・令 年 月 日 (歳)	
ご住所	〒 -		
電話番号	携帯:	15歳以下の方は体重をご記入下さい	
	自宅:		
職業			k g

①マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

②今日はどのような症状でご来院されましたか。

かゆい 湿疹 痛い にきび いぼ はれ しこり けが
 やけど 巻爪 傷痕 水虫 シミ・シワ ほくろの心配
 その他 ()



③その症状はいつからですか。 ()

④症状の出ている箇所に○をつけてください。 →

⑤現在、治療中の病気はありますか。

いいえ・はい : 高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝障害 腎臓病
 甲状腺 膠原病 不整脈 緑内障 気管支喘息 気管支炎 その他 ()

⑥現在、内服している薬がありますか。

いいえ・はい : お薬名 ()

※お薬手帳お持ちでしたらご提示ください

⑦これまでに大きな病気はありましたか。

いいえ・はい : 病名 ()

⑧薬のアレルギーはありますか。

いいえ・はい : お薬名 ()

⑨女性の方へ

現在、妊娠中ですか。 いいえ ・ 可能性あり ・ はい (妊娠 ヶ月)

現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい

⑩当院をどちらで知りましたか。

通りがかり 当院ホームページ 家族 知人・病院の紹介 ()

市役所掲示板 入口看板・チラシ その他 ()

⑪通院手段はなんですか。

車 電車 バス 徒歩 自転車 バイク その他 ()